

# Hitna medicina ili medicina za sve?

## Emergency medicine or medicine for everything?

Primljeno: 1. 5. 2013.

Prihvaćeno: 15. 5. 2013.

Hitna medicina nužan je i neizostavan dio zbrinjavanja ozljeda, kao i iznenadnog nastupa velikog dijela bolesti. Nepredvidivost i neizvjesnost prirode posla Hitne medicinske pomoći zahtijeva izrazito dobru i čvrstu organizacijsku strukturu. Ovisno o zemljopisnim različitostima pojedine zemlje ili regije, gotovo je nemoguće pronaći unificirani obrazac rada hitne medicinske pomoći. Primorsko-goranska županija stoga ima svoje specifičnosti koje treba uzeti u obzir pri postavljanju organizacijske strukture. Unutar medicinskih djelatnosti Hitna medicinska pomoć mora biti odvojena od drugih oblika pružanja zdravstvene zaštite, upravo zbog specifičnosti različitog pristupa, znanja i vještina te organizacijske problematike. Zbog toga je gotovo vizionarski djelovala odluka odgovornih liječnika da se u Bolnici Braće dr. Sobol uspostavi jedinica za hitnu medicinsku službu centralnog tipa. Danas navršavamo 30 godina postojanja Centra za hitnu medicinu KBC-a Rijeka.

Bolesničke hitne službe imaju različitu ulogu u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. U početku su to bila mjesta zbrinjavanja politraumatiziranih i životno ugroženih bolesnika, ali je u posljednje vrijeme to sve češće mjesto primarnog kontakta bolesnika i zdravstvenog sustava ili svojevrсна socijalna i karitativna ustanova.

I u Hrvatskoj i u svijetu sve je veći broj bolesnika koji se svakodnevno zbrinjavaju u bolničkim službama<sup>1,2</sup>. Zbog svega toga bolničke hitne službe u značajnoj su krizi zbog suočavanja sa sve većim brojem ljudi koji traže pomoć. Pritisak na osoblje hitnih službi je tim veće jer ono nema nikakav utjecaj na broj i način dolaska bolesnika, kao i na stupanj hitnosti. S obzirom na to da je obaveza prihvatiti sve bolesnike, spomenuto dovodi do dugog čekanja, nezadovoljstva bolesnika, ali i preopterećenosti osoblja<sup>3</sup>. Jedan od najvećih problema je prenatrpanost sustava bolesnicima koje ne svrstavamo u hitne slučajeve<sup>4</sup>. Nejasno je zašto se u sustavu gdje postoji razvijena primarna skrb bolesnici javljaju u bolničku hitnu službu<sup>5</sup>. Brojni su mogući razlozi za to: zakazivanje termina u ordinacijama obiteljskih liječnika nepraktično je, možda su ih obiteljski liječnici uputili da koriste usluge hitne službe ili imaju krivu predodžbu o težini svog stanja i stupnju hitnosti<sup>5</sup>.

Danas, kada su liječnici obiteljske medicine „privatni poduzetnici” i kada je preventiva zapuštena, pojedinim bolesnicima hitna služba izgleda kao najjednostavniji način za ulazak u bolnički sustav. Jedan od uzroka leži i u činjenici da je sve veći pritisak na bolnički sustav u smislu skraćivanja vremena

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

boravka, tako da je značajan broj kroničnih bolesnika upućen na polikliničko rješavanje tegoba<sup>6</sup>.

Kao posljedica ove situacije javlja se značajno nezadovoljstvo bolesnika. U KBC-u Rijeka najveći broj pritužbi kontinuirano se odnosi na hitnu službu, što je pretežno vezano uz duljinu obrade u „hitnoj“ službi. Najviše prigovora uobičajeno dolazi od *nehitnih* bolesnika, s visokim trijažnim vrijednostima, koji i najduže čekaju zbog potrebe za skrbi teže oboljelih bolesnika<sup>7</sup>.

Jedan od načina rješavanja tog problema je bolja kapacitiranost i opremljenost bolničke hitne službe, formiranje tzv. brze linije ili poboljšanje zbrinjavanja hitnih, ali ne teško ozbiljnih bolesnika na razini obiteljskih liječnika.

Imajući u vidu situaciju u hrvatskom zdravstvu, najjednostavniji način bi mogao biti formiranje brze linije (engl. *Fast Track*). Radi se o posebnom odjelu unutar hitne službe gdje bi se bolesnici koji imaju akutno stanje, ali ne po život opasno (porezotine, oguljotine, ugrizi insekata, upale gornjih respiratornih putova, osip...) brže i po kraćem postupku obrađivali<sup>8</sup>. Mogući način je i promjena načina trijaže. Tradicionalni način trijaže podrazumijeva prvo upis bolesnika, a potom pregled koji vrši trijažna sestra. Trijažni sustav značajno pridonosi zaštiti životno ugroženih bolesnika koji se u protivnom mogu lako utopiti u masi realno *nehitnih* bolesnika. Eksperimentalni modeli s uključivanjem iskusnog liječnika hitne medicine u trijažu zajedno sa sestrom omogućavaju brže prepoznavanje i otpuštanje *nehitnih* i manje bolesnih bolesnika, što ostavlja više vremena za skrb o teže bolesnima<sup>9</sup>. Edukacija liječnika specijalista hitne medicine vrlo je složena jer mora obuhvatiti sva hitna stanja gotovo svih specijalnosti, no baza specijalista hitne medicine morale bi biti tri ključne specijalnosti, a to su: interna medicina, anesteziologija i kirurgija. Što se tiče ostalih specijalnosti koje su nezaobilazne na polju hitne medicine, poput neurologije, ginekologije, pedijatrije i sl., potrebno je da budući specijalist hitne medicine savlada osnovne principe primarne opskrbe najvećih i najčešćih hitnoća. Tečajevi su nezaobilazan dio edukacije u sklopu specijalizacije hitne medicine, stoga možemo navesti neke bez kojih ne bi bilo moguće kvalitetno

završiti navedenu specijalizaciju: osnovno (engl. *Basic Life Support*; BLS) i uznapredovalo (engl. *Advanced Life Support*; ALS) održavanje života, opskrba ozljeđenika (engl. *International Trauma Life Support*; ITLS; *European Trauma Course*; ETC) te uznapredovalo održavanja života u djece (engl. *Advanced Pediatric Life Support*; APLS). Osim navedenih tečajeva, za kvalitetan rad specijalista hitne medicine potrebni su tečajevi uspostave dišnog puta, uključujući i otežan dišni put, tečajevi ultrazvuka (FASTER i FATE) te ultrazvučno vođenih punkcija. U konačnici važno je naglasiti činjenicu kako je jedan od najznačajnijih načina unaprjeđenja bolničke hitne službe uvođenje specijalizacija iz hitne medicine.

U ovom smo broju *Medicine Fluminensis* nastojali dati presjek kroz najvažnije hitnoće koje se obrađuju u Centru za hitnu medicinu KBC-a Rijeka. Nadamo se da će čitateljima ovo biti koristan putokaz za inicijalno zbrinjavanje i pravodobno upućivanje ugroženih bolesnika na daljnje bolničko liječenje.

Doc. dr. sc. Goran Hauser, dr. med.

Doc. dr. sc. Alen Protić, dr. med.

#### LITERATURA

1. McCaig LF, Burt CW. National hospital ambulatory medical care survey: 2002 emergency department summary. *Adv Dana* 2004;340:1–34.
2. Zeidler F, Lončarek K. Povijest hitne medicinske službe u Kliničkom bolničkom centru Rijeka. *Medicina Fluminensis* 2013;49(4):437–41.
3. Nash K, Zachariah B, Nitschmann J, Psencik B. Evaluation of the fast track unit of a university emergency department. *J Emerg Nurs* 2007;33:14–20.
4. Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK, McGee HM, Murray A, Bury G. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med* 2003;41:309–18.
5. Redstone P, Vancura JL, Barry D, Kutner JS. Nonurgent use of the emergency department. *J Ambul Care Manage* 2008;31:370–6.
6. McCabe B. Emergency department overcrowding: a national crisis. *Acad Med* 2001;76:672–4.
7. McMillan JR, Younger MS, DeWine LC. Satisfaction with hospital emergency department as a function of patient triage. *Health Care Manage Rev* 1986;11:21–7.
8. Quattrini V, Swan BA. Evaluating Care in ED Fast Tracks. *J Emerg Nurs* 2011;37:40–6.
9. Travers JP, Lee FC. Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency department: Is there a role for the senior emergency physician in triage? *Eur J Emerg Med* 2006;13:342–8.